

Խնդրում ենք օգնել մեր գործակալությանը բարելավել ծառայությունները՝ պատասխանելով մի քանի հարցի: Ձեր պատասխանները գաղտնի են և չեն ազդի Ձեր կամ Ձեր երեխայի ստացած ընթացիկ կամ հետագա ծառայությունների վրա: Խնդրում ենք օգնել մեր գործակալությանը բարելավել ծառայությունները՝ պատասխանելով մի քանի հարցի: Ձեր պատասխանները գաղտնի են և չեն ազդի Ձեր կամ Ձեր երեխայի ստացած ընթացիկ կամ հետագա ծառայությունների վրա:

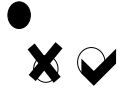
Ստորև բերված հարցման յուրաքանչյուր կետի համար լրացրեք ձեր ընտրությանը համապատասխանող շրջանակը:

Խնդրում ենք ամբողջությամբ լրացնել շրջանակը:

ՕՐԻՆԱԿ:



հշտ է
Սխալ է



Լիովին համաձայն եմ	Համաձայն եմ	Չեմ օրոշ	Համաձայն չեմ	Քիչով ավելի համաձայն եմ	Կիրառելի չէ
--------------------	-------------	----------	--------------	-------------------------	-------------

Խնդրում ենք պատասխանել հետևյալ հարցերին՝ հիմնվելով ՎԵՐՁԻՆ 6 ԿԱՍ ծառայությունները 6 ամվա ընթացքում չստանալու դեպքում՝ մինչ այժմ ստացված ծառայությունների վրա: Խնդրում ենք ստորև նշված պնդումներից յուրաքանչյուրի առջև նշել նախընտրելի տարբերակը: Լիովին համաձայն եք, համաձայն եք, չեք կողմնորոշվում, համաձայն չեք, բոլորովին համաձայն չեք: Եթե հարցը վերաբերում է մի բանի, որին Դուք չեք առընչվել, ընտրեք Կիրառելի չէ տարբերակը՝ նշելով, որ այն ձեզ չի վերաբերում:

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1. Ընդհանուր առմամբ, ես գոհ եմ իմ երեխայի ստացած ծառայություններից:
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2. Ես օգնել եմ ընտրել իմ երեխայի ծառայությունները:
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3. Ես օգնել եմ ընտրել իմ երեխայի բուժման նպատակները:
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4. Մարդիկ, ովքեր օգնում են իմ երեխային, անկախ ամեն ինչից շփվում են մեզ հետ:
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5. Ես զգում եմ, որ իմ երեխան ինչ-որ մեկի հետ կարող է խոսել, երբ նա անհանգստացած է:
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6. Ես մասնակցել եմ իմ երեխայի բուժմանը:
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7. Իմ երեխայի և/կամ ընտանիքի ստացած ծառայությունները տեղին են եղել:
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8. Ծառայությունների մատուցման վայրը մեզ հարմար էր:
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9. Ծառայությունները հասանելի են եղել այն ժամանակ, երբ մեզ հարմար է եղել:
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10. Իմ ընտանիքը ստացավ այն օգնությունը, որը մենք ցանկանում էինք իմ երեխայի համար:
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11. Իմ ընտանիքը ստացավ այնքան օգնություն, որքան մեզ անհրաժեշտ էր իմ երեխայի համար:
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	12. Անձնակազմն ինձ հարգանքով է վերաբերվել:
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	13. Անձնակազմը հարգել է իմ ընտանիքի կրոնական/հոգևոր համոզմունքները:
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	14. Անձնակազմը ինձ հետ խոսել է հասկանալի ձևով:
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	15. Անձնակազմը հարգանքով է մոտեցել իմ մշակութային/Էթնիկական ծագմանը:
Որպես իմ երեխայի և/կամ իմ ընտանիքի ստացած ծառայությունների անմիջական արդյունք.						
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	16. Իմ երեխան ավելի լավ է վարում առօրյա կյանքը:
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	17. Իմ երեխան ավելի լավ է շփվում ընտանիքի անդամների հետ:
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	18. Իմ երեխան ավելի լավ է շփվում ընկերների և այլ մարդկանց հետ:
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	19. Իմ երեխան ավելի լավ է աշխատում դպրոցում և/կամ աշխատանքում:
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	20. Իմ երեխան ավելի լավ է կարողանում հաղթահարել դժվարությունները:
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	21. Ես գոհ եմ մեր ընտանեկան կյանքից ներկա պահին:
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	22. Իմ երեխան ավելի լավ է կարողանում անել այն, ինչ նա ցանկանում է անել:
<i>Հաջորդող չորս հարցերում խնդրում ենք պատասխանել Ձեր հոգեկան առողջության մատակարար(ներ)ից բացի այլ անձանց հետ հարաբերությունների վերաբերյալ:</i>						
Որպես իմ երեխայի և/կամ իմ ընտանիքի ստացած ծառայությունների անմիջական արդյունք.						
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	23. Ես գիտեմ մարդկանց, ովքեր կյսեն և կհասկանան ինձ, երբ ես խոսելու կարիք ունենամ:
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	24. Կան մարդիկ, ովքեր հետ ես հաճելիորեն խոսում եմ իմ երեխայի խնդրի(խնդիրների) մասին:
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	25. Ճզնաժամի պայմաններում ես կունենամ այն աջակցությունը, որն ինձ անհրաժեշտ է ընտանիքից կամ ընկերներից:
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	26. Ես ունեմ մարդիկ, որոնց հետ ես կարող եմ հաճելի գործով զբաղվել:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page



27. Ո՞րն է եղել վերջին 6 ամիսների ընթացքում Ձեր և Ձեր երեխայի ստացած ծառայությունների հետ կապված ամենաօգտակար բանը:

28. Ի՞նչը կբարելավեր ծառայություններն այստեղ:

29. Խնդրում ենք տրամադրել մեկնաբանություններն այստեղ: Մեզ հետաքրքրում են ինչպես դրական, այնպես էլ բացասական արձագանքները:

 **Խնդրում ենք պատասխանել հետևյալ հարցերին, որպեսզի տեղեկացնեք, թե ինչպես է Ձեր երեխան:**

1. Ձեր երեխան այժմ ապրում է Ձեզ հետ: Այո Ոչ

2. Ձեր երեխան վերջին 6 ամիսների ընթացքում ապրե՞լ է հետևյալ վայրերից որևէ մեկում. (Ընտրեք բոլոր կիրառելիները)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> With one or both parents | <input type="radio"/> Homeless shelter | <input type="radio"/> State correctional facility |
| <input type="radio"/> With another family member | <input type="radio"/> Group home | <input type="radio"/> Runaway / homeless / on the streets |
| <input type="radio"/> Foster home | <input type="radio"/> Residential treatment center | <input type="radio"/> Այլ |
| <input type="radio"/> Therapeutic foster home | <input type="radio"/> Hospital | |
| <input type="radio"/> Crisis shelter | <input type="radio"/> Local jail or detention facility | |

3. Վերջին մեկ տարվա ընթացքում Ձեր երեխան այցելե՞լ է բժշկի (կամ բուժքրոջ) բուժզննում անցնելու համար կամ հիվանդ լինելու պատճառով:

- Yes, in a clinic or office Yes, but only in a hospital or emergency room Ոչ Do not remember

4. Ձեր երեխան ընդունո՞ւմ է դեղամիջոցներ Էմոցիոնալ/վարքային խնդիրների համար:

- Այո Ոչ
 Այո Ոչ

A. Եթե այո, բժիշկն ու բուժքույրը Ձեզ և/կամ Ձեր երեխային ասել են, թե ի՞նչ կողմնակի ազդեցությունների է պետք ուշադրություն դարձնել:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page



5. Մոտավորապես, որքա՞ն ժամանակ է Ձեր երեխան ստացել ծառայություններ այստեղ:
- Սա իմ երեխայի առաջին այցն է այստեղ:
 - Իմ երեխան մեկից ավելի այցեր է ունեցել, բայց մեկ ամսից պակաս ծառայություններ է ստացել:
 - 1-2 ամիս
 - 3-5 ամիս
 - 6 ամսից 1 տարի
 - Ավելի քան 1 տարի



Ես այստեղ ծառայություն եմ ստացել 1 տարուց պակաս:

6. Ձեր երեխան ձերբակալվե՞լ է այն պահից ի վեր, երբ ստացել է հոգեկան առողջության ծառայություն: Այո Ոչ
7. Ձեր երեխան ձերբակալվե՞լ է դրանից առաջ 12 ամիսների ընթացքում: Այո Ոչ
8. Հոգեկան առողջության ծառայություններ ստանալուց ի վեր Ձեր երեխայի հանդիպումները ոստիկանների հետ ...
- Չի վերաբերվում (այս կամ անցյալ տարի ոստիկանության հետ ոչ մի հանդիպում չեք ունեցել)
 - Լվազել են * Նույնն են մնացել Ավելացել են

* (օրինակ, նրանք չեն ձերբակալվել, ոստիկանության կողմից հետապնդվել, ոստիկանության կողմից տարվել ապաստարան կամ ճգնաժամային կենտրոն)

9. Ձեր երեխան արտաքսվել կամ խափանվե՞լ է ծառայությունների ստացման պահից ի վեր: Այո Ոչ
10. Դրանից առաջ 12 ամիսների ընթացքում Ձեր երեխան արտաքսվել կամ Այո Ոչ
11. Ծառայություններ ստանալուց ի վեր, իմ երեխան դպրոցում է եղել մի քանի օր. Չի վերաբերվում
- Ավելի շատ Մոտավորապես նույնը Ավելի քիչ

Եթե չի վերաբերում, ընտրեք, թե ինչու դա չի վերաբերում

- Ծառայությունները սկսելուց ի վեր երեխան հաճախելու խնդիր չի ունեցել
- Երեխան դպրոցական տարիքից շատ փոքր է
- Երեխային հեռացրել են դպրոցից
- Երեխան կրթություն է ստանում տանը
- Երեխան դուրս է եկել դպրոցից
- Այլ



Ես այստեղ ծառայություն եմ ստացել 1 տարի կամ ավելի:

12. Ձեր երեխան ձերբակալվե՞լ է վերջին 12 ամիսների ընթացքում: Այո Ոչ
13. Ձեր երեխան ձերբակալվե՞լ է դրանից առաջ 12 ամիսների ընթացքում: Այո Ոչ
14. Անցյալ տարվա ընթացքում Ձեր երեխան հանդիպումներ ունեցել է ոստիկանության հետ ...
- Չի վերաբերվում (այս կամ անցյալ տարի ոստիկանության հետ ոչ մի հանդիպում չեք ունեցել)
 - Լվազել են * Նույնն են մնացել Ավելացել են

* (օրինակ, նրանք չեն ձերբակալվել, ոստիկանության կողմից հետապնդվել, ոստիկանության կողմից տարվել ապաստարան կամ ճգնաժամային կենտրոն)

15. Դրանից առաջ 12 ամիսների ընթացքում Ձեր երեխան արտաքսվել կամ խափանվե՞լ է: Այո Ոչ
16. Դրանից առաջ 12 ամիսների ընթացքում Ձեր երեխան արտաքսվել կամ խափանվե՞լ է: Այո Ոչ
17. Անցած մեկ տարվա ընթացքում իմ երեխան դպրոցում էր մի քանի օր. Չի վերաբերվում
- Ավելի շատ Մոտավորապես նույնը Ավելի քիչ

Եթե չի վերաբերում, ընտրեք, թե ինչու դա չի վերաբերում

- Ծառայությունները սկսելուց ի վեր երեխան հաճախելու խնդիր չի ունեցել
- Երեխան դպրոցական տարիքից շատ փոքր է
- Երեխային հեռացրել են դպրոցից
- Երեխան կրթություն է ստանում տանը
- Երեխան դուրս է եկել դպրոցից
- Այլ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



**Խնդրում ենք պատասխանել հետևյալ հարցերին,
որպեսզի մի փոքր տեղեկացնեք Ձեր երեխայի մասին:**

18. Ո՞րն է Ձեր սեռը: Իգական Արական Այլ
19. Դուք ունե՞ք մեքսիկական/իսպանական/լատինական ծագում: Այո Ոչ Անհայտ
20. Ո՞րն է Ձեր երեխայի ռասան: (Ընտրեք բոլոր կիրառելիները) Անհայտ
- Ամերիկյան հնդկացի/ բնիկ այլասկացի
 - Բնիկ ամերիկացի/այլ խաղաղօվկիանոսյան կղզիների բնակիչ
 - Ասիացի
 - Սպիտակամորթ/ կովկասցի
 - Սևամորթ/աֆրոամերիկացի
 - Այլ
21. Ո՞րն է Ձեր ծննդյան ամսաթիվը:
- [ամիս / օր / տարի]
- | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|
| | | / | | | / | | | | |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|
22. Ձեր երեխան ունի՞ Medi-Cal (Medicaid) ապահովագրություն: Այո Ոչ
23. Արդյո՞ք ձեր երեխայի ստացած ծառայությունները մատուցվել են իր նախընտրած լեզվով: Այո Ոչ
24. Արդյո՞ք գրավոր տեղեկությունները (օրինակ՝ հասանելի ծառայությունները, Ձեր իրավունքները որպես սպառող և հոգեկան առողջության ուսուցման կյուբերը պարունակող գրքուկները) տրամադրվել են Ձեր նախընտրած լեզվով: Այո Ոչ
25. Խնդրում ենք նշել, թե ով է օգնել Ձեզ լրացնել այս հարցումը կամ դրա մի մասը .
- Ես օգնության կարիք չեմ ունեցել:
 - Ինձ օգնել է հոգեկան առողջության պաշտպան/կամավոր:
 - Հոգեկան առողջության ծառայությունների մեկ այլ սպառող է ինձ օգնել:
 - Ինձ օգնել է իմ ընտանիքի անդամը:
 - Ինձ օգնել է պրոֆեսիոնալ հարցազրուցավար:
 - Ինձ օգնել է իմ բժիշկը/գործի կառավարիչը:
 - Ինձ օգնել է իմ կլինիկայից կամ գործի ղեկավարից բացի անձնակազմի այլ անդամ:
 - Ինձ օգնել է մեկ ուրիշը: Ո՞վ:

Ճնորհակալություն այս հարցին պատասխանելու համար ժամանակ տրամադրելու համար:

FOR OFFICE USE ONLY:

REQUIRED Information:

County Code:

--	--

Date of Survey Administration:

0	5	/			/	2	0	2	3
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

Reason (if applicable):

Ref Imp Lan Oth

Make sure the same CSI County Client Number is written on all pages of this survey.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page

Optional County Questions:

County Question #1 (mark only ONE bubble):

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2 (mark only ONE bubble):

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3 (mark only ONE bubble):

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Reporting Unit:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

29708

